

CURSO DE ENFERMAGEM

Nathanna Butzker da Rosa

**AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES CAUSADAS POR AGRAVOS EXTERNOS
NA INFÂNCIA: UMA REALIDADE EM SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2016

Nathanna Butzker da Rosa

**AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES CAUSADAS POR AGRAVOS EXTERNOS
NA INFÂNCIA: UMA REALIDADE EM SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: M^º. Enf^ª. Prof^ª. Micila Pires Chielle.

Santa Cruz do Sul

2016

Santa Cruz do Sul, julho de 2016

**AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES CAUSADAS POR AGRAVOS EXTERNOS
NA INFÂNCIA: UMA REALIDADE EM SANTA CRUZ DO SUL**

NATHANNA BUTZKER DA ROSA

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Micila Pires Chielle
Orientadora

Prof^a Aline Fischborn
Participante da banca de avaliação

Prof^a. Analídia Petry
Participante da banca de avaliação

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor Fernando, por existir em minha vida, pela paciência e por todo carinho e atenção que sempre dispensou a mim.

À minha mãe Jane, que sempre soube me apoiar e incentivar neste momento em minha vida.

À família de meu companheiro, por fazer parte do meu dia-a-dia e me apoiarem nos momentos de dificuldade.

À Prof^a Micila, pelas orientações, auxílio na construção deste estudo, ensinamentos repassados e pela amizade.

Aos pais das crianças internadas, que tiveram compreensão e disposição de compartilhar informações para que este estudo fosse realizado.

RESUMO

Os acidentes na infância, por agravos externos, são responsáveis pelo elevado número de atendimentos em hospitais, dependendo da gravidade clínica resultando em internações e, ou óbitos. Objetivou-se neste estudo a investigação das internações causadas por agravos externos em crianças dos 0 aos 12 anos de idade, na unidade pediátrica de um hospital de médio porte em Santa Cruz do Sul. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória, descritiva com método de análise de conteúdo e com amostragem por saturação de dados. Os dados foram adquiridos através de uma entrevista gravada com os pais no período de março a abril de 2016, contendo questões abertas e fechadas, sendo guiadas por um instrumento norteador. Os resultados predominantes no perfil das crianças: faixa etária entre os 8 a 12 anos de idade (44%), residentes da zona sul (63%), pais são os cuidadores (56%), inserção das crianças em instituições (69%), não houve predomínio entre o sexo masculino e feminino. No perfil dos pais: pais casados/união estável (69%), grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto (41%), em média de 2 filhos por família (56%), inserção no mercado de trabalho (81%). Nos agravos externos: as quedas (50%), na residência (63%) e estavam acompanhadas no momento (76%). Conclui-se que todos os agravos do presente estudo, conforme a percepção dos pais, poderiam ser evitados tendo maior atenção e educando as crianças quanto aos perigos das situações.

Palavras-chave: Agravo Externo; Causas Externas; Acidentes; Crianças; Infância.

ABSTRACT

Accidents in childhood by external injuries, are responsible for the high number of patients in hospitals, depending on the clinical severity resulting in hospitalization and or death. The objective of this study was the investigation of hospital admissions caused by external injuries in children aged 0 to 12 years of age in the pediatric unit of a medium-sized hospital in Santa Cruz do Sul. This is a qualitative study of exploratory, descriptive with method of content analysis and sampling data saturation. Data were acquired through a recorded interview with the parents in the period March-April 2016, with open and closed questions, being guided by a guiding instrument. The results prevalent in children profile: aged between 8 to 12 years old (44%) reside in the south (63%), parents are caregivers (56%), inclusion of children in institutions (69%) there was no predominance between male and female. In the parents' profile: married parents / stable (69%), level of education with incomplete primary education (41%), an average of 2 children per family (56%), integration into the labor market (81%). In external injuries: falls (50%), at home (63%) and were accompanied at the time (76%). It is concluded that all of the present study diseases, according to the perception of parents, could be avoided with greater attention and educating children about the dangers of situations.

Keywords: External grievance; External causes; accidents; Children; Childhood.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa etária das crianças	27
Tabela 2 – Sexo das crianças.....	28
Tabela 3 – Zonas de habitação das crianças.....	29
Tabela 4 – Cuidador da criança	30
Tabela 5 – Rotina da criança	31
Tabela 6 – Situação conjugal dos pais	32
Tabela 7 – Grau de escolaridade dos pais	32
Tabela 8 – Número de filhos por família	33
Tabela 9 – Situação dos pais em relação a trabalharem fora da residência.....	33
Tabela 10 – Situação dos pais em relação a trabalharem fora da residência aos finais de semana	34
Tabela 11 – Tipos de agravos externos ocorridos nas crianças	35
Tabela 12 – Locais de ocorrência dos agravos externos.....	37
Tabela 13 – Situação da criança no momento do agravo externo	38

LISTA DE ABREVIATURAS

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DNCr – Departamento Nacional da Criança

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRAs – Infecções Respiratórias Agudas

MS – Ministério da Saúde

NV – Nascidos Vivos

PACA – Projeto Atenção à Criança e ao Adolescente

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

RS – Rio Grande do Sul

SCS – Santa Cruz do Sul

SIH/SUS – Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Geral	12
2.2	Objetivos Específicos.....	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	A história das crianças no Brasil	13
3.2	Da necessidade de proteção à criança ao surgimento da legislação	15
3.3	Os agravos por causas externas na infância	18
3.4	Possibilidades de prevenção dos agravos externos	20
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	Tipo de pesquisa.....	22
4.2	Local do estudo	23
4.3	Sujeitos do estudo.....	23
4.4	Coleta de dados	24
4.5	Aspectos éticos	24
4.6	Análise dos dados	25
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
5.1	O perfil das crianças.....	27
5.1.1	Faixa etária	27
5.1.2	Sexo	28
5.1.3	Procedência	29
5.1.4	O cuidador.....	30
5.1.5	A rotina	30
5.2	O perfil das famílias.....	31
5.2.1	Situação conjugal dos pais.....	31
5.2.2	Grau de escolaridade dos pais.....	32
5.2.3	Número de filhos	33
5.2.4	O trabalho dos pais	33

5.2.5 Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas.....	34
5.3 Caracterizando o agravo externo	35
5.3.1 Tipo de agravo	35
5.3.2 Local do agravo	37
5.3.3 Presença ou ausência no momento do agravo.....	37
5.4 Percepções dos pais	38
5.7 Consequências dos agravos externos para as crianças	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
APÊNDICE B – Roteiro Norteador para Coleta de Dados no Prontuário.....	48
APÊNDICE C – Roteiro Norteador para Coleta de Dados das Entrevistas.....	49
ANEXO A – Carta de aceite da instituição.....	50

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes na infância, por agravos externos, são responsáveis pelo elevado número de atendimentos em hospitais, resultando em sofrimento não só para as vítimas, como também, para os familiares, dependendo da gravidade clínica em internações e, ou óbitos. Os agravos são considerados, na atualidade, como um tema importante e um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo (MARTINS, 2005; MATOS, 2013). Neste estudo, foram observadas as internações causadas por acidentes sofridos pelas crianças entre a faixa etária de 0 a 12 anos de idade.

Em decorrência da imaturidade, a curiosidade e o espírito aventureiro que estão presentes, com mais intensidade, na população infanto juvenil, as crianças são mais susceptíveis aos acidentes por causas externas do que os adultos. A vulnerabilidade das crianças depende do nível de coordenação de seu sistema nervoso, aptidão motora, senso de percepção de risco e da instintiva proteção dos familiares (MATOS, 2012; XAVIER-GOMES, 2013).

As causas externas – acidentes e violência – revelam um grave problema de saúde pública, pois geram custos sociais, econômicos e emocionais, além de possíveis sequelas e/ou invalidez. Os acidentes, em longo prazo, podem causar sequelas como lesões neurológicas, dificuldade motora, danos emocionais e psicológicos, que poderão interferir na vida do indivíduo que se encontra no auge de seu desenvolvimento (BEZERRA, 2014; PASSOS, 2014).

É comum que os adultos esperem da criança uma percepção de risco, entretanto, esta só é desenvolvida a partir dos sete anos. Os acidentes domésticos são os mais frequentes, já que os pais nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, além de não terem o hábito de pensar nos perigos que a residência pode causar aos seus filhos. Percebe-se que o ambiente doméstico, pelo seu desenvolvimento tecnológico, torna-se altamente perigoso para as crianças, já que o centro das atividades diárias da família se concentra no mesmo (XAVIER-GOMES, 2013).

Cada vez mais, é importante investir na prevenção de acidentes, a primeira etapa deste processo seria identificar as principais causas dos agravos. É necessário adotarmos o conceito onde o acidente seria causado pela transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro

ocasionando danos e até a morte e, desta forma podendo ser minimizados e controlados. As características dos óbitos, por causas externas, podem variar conforme a idade da vítima, sexo, raça e outros fatores. Conhecer o perfil e as circunstâncias em que ocorrem os óbitos pode fornecer estratégias de planejamento em ações preventivas com o intuito de reduzir o número de internações, sequelas e, até mesmo, óbitos (FILÓCOMO, 2002; MATOS, 2012).

O enfermeiro possui grande importância na identificação dos fatores de risco, no planejamento e articulação de melhores estratégias para intervir nos acidentes na infância, dominando assim os mecanismos eficazes na prevenção (PASSOS, 2014). Para que se realizem ações de caráter preventivo são necessárias intervenções a partir do processo educativo, adequação do ambiente e a identificação dos múltiplos fatores que envolvem os agravos.

A família possui um papel tão importante quanto os programas de promoção em saúde, pois os níveis de educação e socioeconômico estão, diretamente, relacionados aos índices de mortalidade infantil. A falta de informação, os descuidos e as negligências dos pais ou responsáveis vêm a ser um importante fator que permite a exposição das crianças aos acidentes em seu próprio ambiente.

Diante deste contexto e pela grande afinidade na área materno-infantil, surgiu o desejo e a necessidade de pesquisar os agravos externos que acometem crianças internadas na unidade Pediátrica de um Hospital de médio porte, em Santa Cruz do Sul (SCS), interior do Rio Grande do Sul (RS). Através da coleta de dados, foi possível identificar e descrever o perfil das crianças, famílias e a caracterização do incidente, a fim de subsidiar possíveis estratégias de promoção e prevenção para esses agravos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as internações causadas por agravos externos na infância na unidade pediátrica de um hospital de médio porte em SCS.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil das crianças internadas por agravos externos;
- Investigar as causas destas internações;
- Identificar a possibilidade de prevenção destes agravos;
- Conhecer a percepção das famílias frente aos agravos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A história das crianças no Brasil

No século XI, a criança era mundialmente percebida apenas como um adulto em miniatura, sem características ou particularidades individuais, principalmente pelo fato de não possuir a linguagem bem desenvolvida. A criança, ao longo dos anos, evidenciou inúmeras transformações e ocupou diferentes posições na sociedade. Essas transformações a levaram a enfrentar diversas situações de vida e de saúde para, finalmente, depois de muitos anos, ser considerada sujeito social com características particulares (ARIES, 2011).

Desde o início da história sempre houve alta taxa de mortalidade infantil, devida às precárias condições de saúde oferecidas, trabalho infantil, abuso sexual, maus tratos, tráfico de drogas, doenças, entre outros fatores enfrentados. Para Priore (2004, p.20):

Na verdade, entre portugueses ou outros povos da Europa, a alta taxa de mortalidade infantil verificada no decorrer de toda a Idade Média e mesmo em períodos posteriores, interferia na relação dos adultos com as crianças. A expectativa de vida das crianças portuguesas, entre os séculos XIV e XVIII, rondava os 14 anos, enquanto “cerca da metade dos nascidos vivos morria antes de completar sete anos”. Isto fazia com que, principalmente entre os estamentos mais baixos, as crianças fossem consideradas como pouco mais que animais, cuja força de trabalho deveria ser aproveitada ao máximo enquanto durassem suas curtas vidas.

As crianças do Brasil no século XVI estiveram presentes em embarcações marítimas, subindo a bordo em companhia de seus pais ou parentes. As crianças eram quem mais sofriam com o difícil dia a dia em alto mar, já que a presença de mulheres a bordo era por diversas vezes proibida, gerando um ambiente propício para atos de sodomia que eram tolerados pela Inquisição. Sofriam abusos sexuais pelos marujos mesmo quando acompanhados dos pais e as órfãs eram guardadas e vigiadas cuidadosamente para manterem-se virgens até a chegada à Colônia (PRIORE, 2004).

O período colonial, por exemplo, foi marcado por muitas barbáries que contribuíram efetivamente para os altos índices de Mortalidade Infantil (MI), os quais se mantinham próximos a 70%. As crianças eram vistas como um instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos,

permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais (MARCÍLIO, 1998).

As crueldades e à indiferença que as crianças eram submetidas, somado com as precárias condições sanitárias e sociais, colaboraram com o processo de adoecimento, pois, muitas viviam em um único cômodo sem ventilação ou sol, mantendo o quadro crítico da morbimortalidade infantil (SILVA, 2005).

Enquanto as vestimentas e a alimentação dos adultos eram prioridade entre as comunidades da época, as crianças sofriam com as precárias condições nutricionais e de vestimenta. Com isso, acentua-se o processo de adoecimento infantil e, quando isso acontecia, eram levadas tardiamente aos médicos (ARIÉS, 2011).

Foi no século XVII que a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, pois neste período as famílias demonstraram sentimentos de carinho e amor ao infante. A sociedade passou a perceber que a criança representava o centro para as famílias, inclusive plausível de mudanças físicas e mentais (ARIÉS, 2011).

O abandono continuou sendo por muito tempo uma prática aceita pela sociedade, mesmo com o reconhecimento e importância do cuidado infantil. No século XVIII, entre os motivos de abandono é possível citar como fatores causadores a extrema pobreza, o nascimento de um filho sem um casamento, o abandono de filhos de escravas para que estas pudessem ser mães de leite para os filhos das famílias da elite, adoecimento ou morte dos pais. Nesses casos, as crianças eram deixadas em um local chamado Roda dos Enjeitados, Rodas dos Expostos ou Rodas. Estes artefatos cilíndricos eram fixados em instituições de caridade ou hospitais, possibilitando uma abertura interna ou externa quando rodados, onde as crianças eram deixadas e, o anonimato de quem as deixava era mantido (MARCÍLIO, 1998).

Na década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, deixando de ser apenas preocupação de entidades caritativas. Nessa época, iniciaram-se discussões a respeito do aleitamento materno, visto que, se as crianças menores permanecessem doentes, aumentaria o número de faltas entre trabalhadoras nas indústrias. O estímulo ao aleitamento materno teve como objetivo principal reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho proposta (SILVA, 2006).

3.2 Da necessidade de proteção à criança ao surgimento da legislação

No início do século XX foi criado o primeiro decreto destinado à proteção das crianças. O decreto nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923, regulamenta “a proteção aos menores abandonados e delinquentes reconhecendo a situação de pobreza como geradora de crianças abandonadas e de jovens delinquentes”. Mediante a situação da época, em 1927, surge o primeiro Código de Menores que responsabiliza o Estado com o abandono e a aplicação das ações necessárias para controlar o comportamento dos jovens infratores. Em 1934 foi criado pela primeira vez a Constituição dos direitos e deveres (PRIORE, 2004).

Entre os anos de 1930 e 1940, iniciaram-se os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram instituídas algumas ações de vigilância e educativas, envolvendo a mulher em todo o período crítico durante a gravidez, podendo dificultar o vínculo entre mãe e filho. As ações instituídas à saúde da criança apresentaram apenas o caráter curativo e individualizado, sendo desenvolvidas em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.9).

Essas ações iniciaram com foco voltado à diminuição da ausência das mães no trabalho e sua evolução ocorreu associada às relações de poder entre as entidades patronais e a administração pública. Neste contexto, por muitos anos o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (MS) permaneceram interligados, desenvolvendo ações e estratégias para a saúde da criança, até o ano de 1953 ocorreu o desmembramento desses ministérios. Após a divisão, o MS assumiu a responsabilidade do DNCr que foi destituído em 1969. No ano de 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, a qual apresentou como proposta o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.11).

Na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, tendo como objetivo principal a redução da morbimortalidade entre crianças e mães. Iniciaram as ações com caráter preventivo, com métodos centralizadores que desconsideravam a diversidade regional existente no país (SILVA, 2006).

A assistência à saúde da criança no país em busca do cuidado integral estava prestes a ser modificada nos anos 1980, pois se identificou como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, assim, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), no qual os serviços deveriam estar preparados para resolver todos os problemas que poderiam afetar a saúde materno-infantil. Algumas ações básicas foram estabelecidas para o atendimento às crianças brasileiras: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas; imunização básica; controle efetivo das doenças diarreicas e, por último, o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (SILVA, 2006).

De forma geral, nas décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, as quais contribuíram profundamente para traçar as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança. Esse conjunto de ações proporcionou um declínio importante da MI, pois nesta época os índices alcançaram 4,77% Nascidos Vivos (NV), contudo, ainda existia um longo caminho a percorrer (PEREZ, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.27).

O sistema de saúde no Brasil, por muitos anos, manteve a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. A partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às dificuldades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se refere à sua sobrevivência. As ações abrangiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Até a década de 90 não existiam ações específicas para as crianças e adolescentes, os mesmos eram enquadrados nas políticas gerais, sendo somente no final do século XX que surgiram às primeiras iniciativas para mudanças desta situação (EDUARDO, 2010).

A seguir, em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (PEREZ, 2010).

O ECA foi criado em julho de 1990, a partir da Constituição Federal de 1988, que compromete o Estado a dar educação às crianças e adolescentes carentes. O estatuto se refere à proteção integral da criança e do adolescente, visando à educação e formação do futuro cidadão, sob este enfoque o Estado prioriza a construção do futuro baseado nos cuidados dos jovens (PRIORE, 2004).

Os governos municipais, estaduais e federal devem implementar políticas direcionadas às crianças e adolescentes, independente da classe social conforme o ECA assegura em seus 267 artigos. O artigo 5º relata “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990, p.15).

O ECA não é o resultado da vontade pessoal das autoridades brasileiras, mas o anseio do conjunto das instituições que sempre fizeram os movimentos sociais em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes e que controverteram a ordem na luta pela garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes em consequência da falta de políticas que viessem atender de fato os meninos e meninas de rua (ABREU, 2002).

Com a criação do ECA houveram mudanças e transformações positivas, trazendo maior comprometimento do Estado com a vida das crianças e adolescentes, anteriormente estes recebiam atendimentos parciais vinculados a mãe, com o aumento da mortalidade infantil em meados do século XX, notou-se que existia necessidade de maiores cuidados às crianças e ao adolescente, para que então no final do século passado, fosse oferecido um programa de Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil e também foi implantado o PAISC como estratégia para garantir a sobrevivência infantil.

3.3 Os agravos por causas externas na infância

O Ministério da Saúde (MS) define que, acidente é um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, trânsito, escola, esportes e de lazer. O acidente é um conjunto de agravos à saúde que pode ou não levar a óbito. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob a denominação de Causas Externas (Capítulo XX).

As causas externas dividem-se quanto à origem da lesão (Capítulo XIX), em causas acidentais (que incluem os acidentes de transporte, quedas, envenenamentos, afogamentos, queimaduras, contato com animais e plantas venenosas e outros tipos de acidentes), causas intencionais relacionadas às agressões e lesões autoprovocadas, e eventos cuja intenção é indeterminada.

Os traumas por causas externas - trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas, asfixias, intoxicações, agressões, entre outros -, são responsáveis a cada ano pela morte de cerca de 20.000 brasileiros menores de 19 anos, entre 40% e 90% do total de óbitos, dependendo da faixa de idade, enquanto um número dez vezes maior sofre traumas não fatais (WAKSMAN, 2014).

A população infanto-juvenil (zero a 24 anos) é muito susceptível às causas externas devido à imaturidade e curiosidade da criança e ao espírito de aventura, excesso de coragem, além do uso de álcool e drogas por parte dos adolescentes e jovens. Outro fator que pode favorecer essa susceptibilidade é o processo desestruturado de urbanização e aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e a exclusão da população de baixa renda. As características dos óbitos por causas externas podem variar conforme a idade da vítima, sexo e outros fatores. Conhecer o perfil e as circunstâncias em que ocorrem os óbitos por causas externas pode fornecer subsídios para o planejamento de estratégias de prevenção e ações mais específicas, para reduzir os óbitos e as sequelas dos acidentes e violências (PHEBO, 2005).

As lesões decorrentes de acidentes e violências afetam pessoas de todas as idades, mas entre as crianças têm características especiais por resultarem em lesões sérias como déficits neurológicos persistentes, decorrentes de traumatismos cranianos, déficits motores em indivíduos que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Além disto, os traumas decorrentes das causas

externas podem trazer danos emocionais e psicológicos que repercutirão ao longo da vida das vítimas, trazendo também consequências para a família e sociedade (MARTINS, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A violência familiar é muito frequente e invisível, sendo praticada dentro dos lares, por quem deveria proteger as crianças. A mesma se caracteriza por todo tipo de omissão que prejudique o bem estar, a integridade física e psicológica, a liberdade, ou direito de desenvolvimento de algum membro da família. A maioria dos estudos disponíveis no país se concentra em aspectos como morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes e violências, abrangendo apenas eventos de maior gravidade (internação ou óbito) disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (OLIVEIRA, 2008; HARADA, 2000).

No Brasil, apesar da existência desses dois grandes sistemas de informação de internação e mortalidade, o cenário dos eventos relativos às violências contra crianças ainda é inadequado, o que requer o desenvolvimento de diferentes estratégias de investigação, como estudos que analisem registros de denúncias aos conselhos tutelares e delegacias especializadas ou sobre casos atendidos em serviços especializados de atenção às vítimas de violência. Mesmo assim, nenhum deles é capaz de, isoladamente descrever a totalidade da extensão do problema, especialmente no que se refere às lesões de menor gravidade e que correspondem à maior parcela das ocorrências (MONTEIRO, 2008; MALTA, 2012).

As causas externas têm determinado em vários países do mundo, um importante impacto com consequências econômicas, emocionais e sociais, que se traduzem em dias de ausência no trabalho, custos para o sistema de saúde, demanda aos serviços sociais, perda de vida produtiva por morte, danos mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas e famílias (MARTINS, 2005).

O custo econômico pode ser classificado como direto e indireto, sendo o primeiro os gastos com a atenção médica, tratamento, exames complementares, internação e reabilitação, o segundo diz respeito à perda de dias de trabalho, menor produtividade, danos materiais. Ainda existem os custos de mensuração mais difícil, gerados pelo impacto social, os quais podem ter reflexos no ambiente econômico. Além disso, há o custo humano de dor e sofrimento (MATOS, 2013).

A mortalidade por causas externas está diretamente relacionada com os problemas de etiologia multifatorial, de forma incisiva desde o nível individual até o

social. De acordo com vários autores, algumas características estão associadas às causas externas, tais como: a idade, o sexo, nível de escolaridade e o padrão socioeconômico.

Os autores afirmam que a cor ou raça em si não é avaliada como um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial, esta sim, constitui uma característica de vulnerabilidade (MATOS, 2012).

As representações históricas e constitutivas das culturas de gênero explicam, em grande parte, a maior vulnerabilidade dos homens em relação a esses agravos. Outro fator diretamente ligado às mortes por homicídio e acidentes de transporte é o acesso mais fácil dos homens a armas de fogo e a carro. Deve-se ressaltar que a arma e o carro são inseridos na vida dos meninos desde criança como brinquedos e passam a fazer parte do seu cotidiano (MATOS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz uma ampla variedade de fatores socioeconômicos associados às causas externas, também relatam que, em famílias com renda baixa, os pais podem não ser capazes de supervisionar de forma adequada os filhos, que muitas vezes são deixados sozinhos ou na companhia de um irmão, para que os pais possam trabalhar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, CAP. 7).

Além disso, as crianças vivem em situação de pobreza podem ser expostas aos perigos ambientais diversos, tais como estruturas físicas que propiciam o acidente, espaços inadequados para lazer, exposição à rua e suas ameaças, entre outros. Nesses mesmos espaços sociais os jovens costumam ser recrutados para o comércio de atividades ilegais, muitas vezes transformando-se em agentes de violência (contra seus companheiros e parceiras) e em vítimas. A faixa etária mais jovem, com baixa escolaridade, e níveis socioeconômicos baixos, são relatados por muitos autores como uma complexa rede de fatores que envolvem as mortes por causas externas (MARTINS, 2005; MATOS, 2013).

3.4 Possibilidades de prevenção dos agravos externos

A maioria dos agravos externos ocorre devido à negligência e supervisão inadequada, sendo assim, o comprometimento e responsabilidade no cuidado com as crianças é primordial. Os altos índices de mortalidade infantil são preocupantes,

visto que, muitos destes poderiam ser evitados através de ações e supervisão adequada.

Os acidentes podem acontecer em maior ou menor grau, sendo previsíveis e preveníveis, por intermédio de orientação familiar, de alterações físicas em âmbito domiciliar e através de elaboração e ou cumprimento de leis específicas (XAVIER-GOMES, 2013).

O conhecimento e entendimento dos fatores de riscos da infância por causas externas possibilitam, aos planejadores e executores de políticas públicas, executar ações prioritárias na prevenção e atenção às vítimas destes agravos (PASSOS, 2014).

Em face de prevenção aos acidentes, o Brasil construiu uma política que tem como finalidade a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, através de ações educativas de modo a fornecer qualidade de vida à população. Tendo como diretrizes a promoção da adoção de condutas e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização de casos em acidentes e violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; estruturação e consolidação do atendimento com foco na recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2011).

A enfermagem e as equipes da atenção básica devem buscar o seguimento dessas diretrizes, aliadas na realização de ações assistenciais, pesquisa e educação, abordando a segurança da criança contra as injúrias que possam vir a acontecer (RIBEIRO, 2009; WONG, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A metodologia para a presente pesquisa é a abordagem qualitativa de caráter exploratório, descritivo e com amostragem por saturação de dados. Segundo Minayo (2014) o método qualitativo origina resultados relacionados ao modo de pensar, sentir e viver do ser humano, sob a interpretação dele mesmo. Sendo desenvolvido a partir do estudo da sua história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões.

A pesquisa qualitativa busca compreender a realidade e a relação social, portanto não se preocupa com aspectos que não podem ser quantificados. Costuma ser descrita como holística e naturalista, por preocupar-se com o indivíduo e seu ambiente, e por não impor limitação à pesquisa. Baseia-se na descrição, compreensão e explicação dos acontecimentos, vivenciados e definidos pelo próprio sujeito estudado (POLIT-O´HARA, 2011).

Segundo Santos (2007), este tipo de pesquisa busca compreender os fatos em seus cenários naturais, com o objetivo de interpretar a experiência humana e o sentido imposto pelos autores que vivem esta experiência.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade ou de estabelecer a relação entre variáveis. É necessário que o investigador apure informações acerca do assunto explorado. Engloba as pesquisas que buscam conhecer as opiniões, atitudes e crença determinadas pessoas (GERHARDT, 2009; GIL, 1994).

O tipo de pesquisa exploratória busca explicar o problema ou construir uma hipótese, a partir de uma ampla visão a respeito do tema a ser pesquisado. Pode envolver levantamento bibliográfico e documental, entrevistas com conhecedores do assunto abordado na pesquisa (GERHARDT, 2009; GIL, 1994).

O tamanho da amostra seguirá o princípio de saturação dos dados, ou seja, será definido pelo momento em que não se tenham novas informações e que as mesmas se tornem redundantes, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (POLIT-O´HARA, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar de médio porte em SCS, interior do RS, sendo referência no Vale do Taquari e Rio Pardo, localizada a cerca de 150 km da capital do RS. O município apresenta 130.354 mil habitantes conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013.

A instituição de saúde é uma entidade filantrópica, que foi fundada em maio de 1908, totalizando cerca de 23 mil metros quadrados de área construída, disponibiliza 234 leitos e é composto de aproximadamente 900 funcionários distribuídos em quatro turnos de trabalho.

O local de pesquisa para a aplicação deste estudo foi na unidade Pediátrica da referida instituição, a qual totaliza 43 leitos destinados ao atendimento de pacientes de zero a 12 anos, sendo 30 leitos SUS, 5 leitos semiprivativos e 8 leitos privativos. A unidade possui sala de recreação com ações realizadas pelo Projeto Atenção à Criança e ao Adolescente (PACA), área de brinquedos, expurgo, rouparia, copa, sala de procedimentos, sala de higienização, sala para acadêmicos, posto de enfermagem, 2 banheiros e quarto para médico plantonista. A equipe da unidade é composta pelo quantitativo de 21 técnicas de enfermagem divididas entre os turnos da manhã, tarde e noites, 4 enfermeiras sendo uma para cada turno, 1 escriturária nos turnos manhã/tarde e 1 atendente de farmácia.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos envolvidos nessa pesquisa foram crianças que internaram na unidade pediátrica da instituição hospitalar citada, no período de março a abril (2 meses) de 2016, na qual foram entrevistados os pais das crianças e analisados os prontuários médicos de internação.

Os critérios de inclusão foram: crianças de 0 a 12 anos internadas por agravos externos; os pais aceitarem a entrevista e ter a mesma gravada; além de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevista com os pais da criança através de um instrumento semiestruturado (APÊNDICE B), que serviu como roteiro, sendo composto por questões abertas e fechadas. As entrevistas foram gravadas no próprio ambiente de internação da criança (leito/quarto), para assim deixá-los confortáveis.

Durante a entrevista, além da aplicação do roteiro foi utilizado um gravador para o melhor registro das respostas, que foram transcritas e posteriormente distribuídas em categorias temáticas.

Realizou-se uma busca investigatória através dos prontuários das crianças utilizando um instrumento semiestruturado (APÊNDICE C), para assim contemplar os dados necessários aos objetivos da pesquisa.

Conforme Minayo (2014) o roteiro visa compreender a visão do entrevistado, além de conter poucas questões. Trata-se de um guia e auxilia na direção do entrevistador. Para Polit-O'Hara (2011) as entrevistas semiestruturadas são utilizadas quando precisam ser abordados tópicos ou questões amplas durante a entrevista, por isso se utiliza um guia de entrevista. O papel do pesquisador é proporcionar um espaço onde o sujeito pesquisado sinta-se livre para falar sobre os tópicos abordados.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi elaborada de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta e regulamenta os estudos envolvendo seres humanos e assegura aos participantes da pesquisa o anonimato e sigilo das informações.

Para a instituição, envolvida neste estudo, foi entregue o formulário padrão para desenvolvimento de projetos de pesquisa, juntamente com uma cópia do projeto, para o conhecimento do conteúdo. Sendo posteriormente emitida a carta de anuência (ANEXO A).

Diante do conhecimento e liberação do projeto pela instituição, o mesmo foi enviado à Plataforma Brasil. Após aprovação pelo Comitê de Ética, sob número de parecer 019516/2016, iniciou-se a coleta dos dados na instituição.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, sendo uma para seu domínio e a outra para os pesquisadores.

Através do termo os sujeitos conheceram o projeto e seus objetivos, tendo o direito de decidir sobre sua participação. Os dados coletados foram utilizados apenas para o desenvolvimento desta pesquisa, para publicações e apresentação pública para conhecimento dos profissionais da área da saúde e comunidade. O estudo não acarretou em prejuízo financeiro ou ético aos sujeitos participantes.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo. Inicialmente foi realizada a relação entre os dados coletados e os objetivos definidos na pesquisa, dentre os quais foi identificado e direcionado os temas adequados ao presente estudo.

Segundo Minayo (2014) e Leopardi (2002) definem que a análise de conteúdo consiste em três etapas de organização:

- Pré-análise: consiste na organização do material a ser analisado, de acordo com os objetivos, definindo as unidades para registro, os trechos significativos e a categoria das informações coletadas.
- Exploração do material: realizada através da observação e compreensão dos registros, onde serão feitos as análises do texto que respondam os objetivos do estudo.
- Tratamento e interpretação dos dados: será estabelecida a articulação entre os dados coletados e as referências teóricas, com o objetivo de responder às questões que norteiam a pesquisa.

Conforme Bardin (2011), a análise de conteúdo, configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta análise procura conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste estudo, foram entrevistadas famílias de 16 crianças internadas por agravos externos na Unidade de Internação Pediátrica em Hospital de médio porte, em SCS. Conforme já mencionado, a coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2016 totalizando assim 230 internações, sendo 16 dessas por agravos externos.

Para descrever o perfil dos internados, realizou-se o levantamento de informações no prontuário médico e entrevista com os pais. As informações analisadas para descrever-se o perfil foram: idade, sexo, procedência, cuidador e rotina da criança.

Quando procedida a entrevista com os pais através do roteiro norteador, objetivou-se caracterizar e analisar 4 aspectos: 1. Perfil da família; 2. Informações específicas sobre a criança; 3. Informações específicas sobre o agravo externo; 4. Percepção da família frente ao acontecimento do agravo. Para tanto, todos os dados obtidos neste estudo foram organizados em formato de tabelas para melhor compreensão dos mesmos.

5.1 O perfil das crianças

5.1.1 Faixa etária

Durante o estudo, foi analisado o perfil de 16 crianças, sendo a criança mais nova com 35 dias de vida e a mais velha com 12 anos de idade.

A faixa etária com maior predominância de agravos externos ocorreu entre os 8 a 12 anos de idade, com 7 crianças acometidas (44%). O menor número de agravos foi entre os 2 a 3 anos de idade, com 1 criança acometida (6%).

Tabela 1 – Faixa etária das crianças

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
0 a 1 ano	4	25%
2 a 3 anos	1	6%
4 a 7 anos	4	25%
8 a 12 anos	7	44%

Fonte: Pesquisa direta nos prontuários das crianças internadas na instituição hospitalar.

A idade é considerada um dos principais fatores que definem os padrões de agravos externos na criança, pois as etapas de desenvolvimento neuropsicomotor indicam o comportamento de ações diárias, assim como o engatinhar, andar, correr ou andar de bicicleta (BEM et al., 2008).

As crianças, nos seus primeiros oito meses, são extremamente dependentes da mãe e dos demais adultos em situação de acidentes. Conforme o aumento da motilidade e a crescente necessidade da atividade exploratória, os riscos ambientais intensificam-se. Entre os oito meses e os 4 anos de idade, as crianças apresentam a capacidade motora muito mais desenvolvida, sendo, neste período, que elas aprendem a andar e inclusive começam a testar seus limites, principalmente quando se envolvem em brincadeiras com crianças mais velhas e então os riscos de acidentes aumentam (XAVIER-GOMES et al., 2013).

Na faixa etária dos 8 a 12 anos, existe um agravamento nas ocorrências de acidentes, possivelmente em razão da criança não ter completo domínio e noção de distância, velocidade, espaço e tempo. O adulto responsável, muitas vezes, pode esperar uma percepção de risco maior por parte desta criança, realizando assim uma supervisão inadequada da mesma (FILÓCOMO et al., 2002).

5.1.2 Sexo

Em muitos estudos, é possível verificar que o sexo masculino possui maior incidência na ocorrência de agravos em relação às meninas, isso devido ao tipo de atividade que cada um costuma realizar, porém tivemos em nossa análise, igualdade dos sexos, onde cada gênero obteve 50% dos agravos, desta forma, este estudo encontra-se em uma via contrária aos demais estudos.

Tabela 2 – Sexo das crianças

SEXO	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Feminino	8	50%
Masculino	8	50%

Fonte: Pesquisa direta nos prontuários das crianças internadas na instituição hospitalar.

Os acidentes na infância ocorrem com maior frequência no sexo masculino, pois estão expostos a maiores riscos do que o sexo feminino. Os meninos adquirem

liberdade mais precocemente em relação às meninas, realizando suas atividades com menor supervisão direta dos adultos, tendo, então, maior tempo de exposição às circunstâncias que possam envolver acidentes (ALBUQUERQUE et al., 2014; MALTA et al., 2012; FILÓCOMO et al., 2002).

5.1.3 Procedência

Em relação à procedência das crianças, apenas 1 não residia no município de SCS, sendo residente no município de Vale do Sol. Neste estudo, fez-se necessário a classificação dos bairros por zonas de habitação, já que a localização é um fator de risco diretamente ligado às condições ambientais.

A Zona Sul apresentou o maior predomínio de agravos externos, totalizando 10 casos (63%). Este fato pode ser justificado devido às condições impróprias de moradia e saneamento básico que os bairros de periferia podem apresentar, assim como, as questões culturais que envolvem o cuidado com as crianças.

Tabela 3 – Zonas de habitação das crianças

ZONAS DE HABITAÇÃO	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Zona Norte	4	25%
Centro	1	6%
Zona Sul	10	63%
Vale do Sol	1	6%

Fonte: Pesquisa direta nos prontuários das crianças internadas na instituição hospitalar.

Crianças que residem em zonas periféricas da cidade, apresentam uma predisposição a sofrerem mais lesões em relação às que residem na área central. Uma possível explicação para esta ocorrência é que essas crianças estejam mais expostas a maiores riscos ambientais, pois as da zona central ficam mais confinadas ao seu ambiente, enquanto as da zona periférica permanecem mais tempo na rua (FONSECA et al., 2002).

Estruturas físicas inadequadas, situações de perigo e exposição à rua, são apenas alguns perigos ambientais que podem trazer risco às crianças localizadas em bairros de periferia (MARTINS, 2013).

5.1.4 O cuidador

Em face à entrevista com os pais, questionou-se sobre quem era o cuidador da criança com a finalidade de analisar-se o responsável pelo cuidado tratava-se de um adulto, idoso ou outra criança. Percebe-se que, na maioria das crianças (56%), quem, de fato, é o cuidador são os pais.

É de importância ressaltar que em 5 casos (32%), o cuidado com a criança é terceirizado para os avós ou irmãos, sendo, muitas vezes, um agravante no fator de risco para acidentes por se tratarem de indivíduos idosos e de outras crianças que realizam a supervisão da criança.

Tabela 4 – Cuidador da criança

CUIDADOR DA CRIANÇA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Pais	9	56%
Avô/Avó	3	19%
Irmão/Irmã	2	13%
Babá	2	13%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

Não existem estudos comprovados que tenham avaliado a relação entre o cuidado da criança pelos pais ou por outros adultos, em relação à ocorrência de agravos (BLANK, 2005).

Através do relato abaixo de um dos pais, que narra a incapacidade de o avô continuar a cuidar do neto:

“O avô dele não tem muitas condições de cuidar dele. A gente vai colocar alguém pra cuidar dele e do outro pequeno de 6 anos, porque o avô não tem mais como cuidar e não queremos que isso volte a se repetir”. (Pai da criança de 10 anos que caiu de bicicleta).

5.1.5 A rotina

A rotina da criança é uma informação de relevância, visto que, a inserção da mesma em instituições (creche, escolinha ou escola) pode ser considerada um fator de risco também, pois a supervisão da criança é transferida para outro cuidador. Ao

analisarem-se os dados, constatou-se que 11 crianças (69%) estavam expostas aos riscos que as instituições podem apresentar.

Tabela 5 – Rotina da criança

ROTINA DA CRIANÇA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Ficar em casa	5	31%
Creche/Escolinha/Escola	11	69%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

As creches realizam cuidados e a supervisão de crianças que são mais dependentes dos adultos devido à fase da vida na qual se encontram. Neste ambiente, elas estão mais vulneráveis na ocorrência de acidentes, pois a mudança do domicílio para a creche é capaz de gerar um acentuado grau de tensão e interferir no padrão normal das respostas das crianças (PAIVA; MARANHÃO, 2009).

A escola é um local propício para acidentes, pois engloba um elevado número de crianças que interagem e desenvolvem as mais diversas atividades motoras e esportivas. Existem estudos que evidenciam que uma supervisão adequada dos cuidadores em relação aos riscos ambientais, tem relação direta com a redução de acidentes nas crianças (SENA et al., 2008).

5.2 O perfil das famílias

A família é responsável pela proteção da criança, entretanto, ao mesmo tempo em que a protege, também, pode expô-la a riscos. Neste sentido, fez-se necessário a caracterização das famílias para assim conhecer a realidade em que vivem.

5.2.1 Situação conjugal dos pais

Inicialmente, observamos como relevante a situação conjugal dos pais, na qual se percebe que a maioria possui situação conjugal estável (69%). Diante dos estudos existentes não foi possível apontar que existe causa de agravamento no incidente ocorrido com a criança perante a situação conjugal dos pais, mas percebemos como dado importante para realizar o perfil destas famílias.

Tabela 6 – Situação conjugal dos pais

SITUAÇÃO CONJUGAL	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Casados ou União Estável	11	69%
Separados	5	31%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

5.2.2 Grau de escolaridade dos pais

Quanto à escolaridade dos pais, conclui-se que a grande maioria tem o ensino fundamental incompleto (41%). Embora o percentual de casos de agravos ocorreram em maior incidência com pais que possuem o ensino fundamental incompleto, este dado reflete que os acidentes ocorrem com pais de diferentes graus de escolaridade.

Tabela 7 – Grau de escolaridade dos pais

GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PAIS	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Ensino Fundamental Incompleto	13	41%
Ensino Fundamental Completo	5	16%
Ensino Médio Incompleto	3	9%
Ensino Médio Completo	10	31%
Ensino Superior Completo	1	3%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

Segundo NETA, et al (2014), apud MACIEL (2012) cita que a escolaridade não pode ser citada como um determinante para o acontecimento de acidentes, pois as informações sobre prevenção e consequências dos acidentes são repassadas para os pais independente do grau de escolaridade.

No entanto, sabemos que o processo de assimilar, acessar e entender as informações pode ficar prejudicado em função do grau de escolaridade dos indivíduos.

5.2.3 Número de filhos

Questionou-se o número de filhos por família, já que diversos autores apontam que o número de filhos é considerado um fator interpessoal na ocorrência de agravos. O resultado obtido, no presente estudo, é em média 2 filhos por família (56%).

Tabela 8 – Número de filhos por família

NÚMERO DE FILHOS POR FAMÍLIA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
1	2	13%
2	9	56%
3	3	19%
4	1	6%
8	1	6%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

NETA, et al. (2014) apud ROSENBERGET, et al. (1990) refere que ter 2 ou mais filhos acentuam, em pelo menos, o dobro de risco para desencadear acidentes. Essa situação se justifica pelo risco de desvio da atenção, já que existe a possibilidade da mãe com mais de um filho desviar a atenção de um para o outro.

5.2.4 O trabalho dos pais

Questionados os pais a respeito de sua inserção no mercado de trabalho, ficou constatado que 81% relatam trabalhar fora da residência. Ressaltamos que a ausência dos pais, da residência, e, conseqüentemente dos seus filhos, é um fator que poderá agravar a situação de risco.

Tabela 9 – Situação dos pais em relação a trabalharem fora da residência

PAIS TRABALHAM FORA DA RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Sim	26	81%
Não	6	19%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

Quanto aos pais que trabalham fora da residência, questionou-se também com relação ao trabalho dos pais aos finais de semana (sábado e/ou domingo), em razão de que as literaturas comprovam que os agravos externos ocorrem, com maior frequência, em finais de semana. Verificamos que 13 pais (50%) trabalham aos finais de semana.

Tabela 10 – Situação dos pais em relação a trabalharem fora da residência aos finais de semana

PAIS TRABALHAM FORA DA RESIDÊNCIA AOS FINAIS DE SEMANA	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Sim	13	50%
Não	13	50%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

Os agravos externos ocorrem, com maior frequência, aos finais de semana, especialmente, aos domingos. Este fato se justifica pela permanência das crianças, na maior parte do tempo, dentro de salas de aula ou em atividades supervisionadas em instituições, todavia, no final de semana elas têm maior tempo livre para brincar em casa e, conseqüentemente se expõem a maiores riscos (BEM et al., 2008; DEL CIAMPO et al., 2011; NETA et al., 2014).

5.2.5 Consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas

Os pais foram questionados a respeito do consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, pois estudos comprovam que a ingestão dessas drogas influencia na incidência de agravos externos. Não houve respostas que indicassem o consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, entretanto, percebemos que este pode ser um dado subjetivo, pelo fato de não se sentirem à vontade em assumirem a ingestão destes.

Muitos autores relataram que o uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas é considerado um fator de risco para causas externas, principalmente, porque funcionam como facilitadores de comportamento violento (MARTINS, 2013).

5.3 Caracterizando o agravo externo

Diante deste estudo, constatamos que o tipo de agravo externo ocorrido está diretamente relacionado com a faixa etária e fase de desenvolvimento na qual a criança se encontra.

5.3.1 Tipo de agravo

A tabela abaixo demonstra que o principal tipo de agravo externo sofrido pelas crianças internadas foi decorrente de queda (50%), constituindo de queda da própria altura (4 crianças), bicicleta (3 crianças) e do bebê conforto (1 criança). Verificou-se que as literaturas abordam a queda como o tipo de agravo externo mais frequente e comum na infância.

A introdução de corpo estranho no nariz, boca ou ouvido é o segundo tipo de agravo externo com maior ocorrência nas crianças do presente estudo, representando 31%. Um dos corpos estranhos encontrado foi ingestão de espinha de peixe, que é comumente oferecida na alimentação diária de muitas famílias. Brincos e sementes foram introduzidos no orifício nasal, enquanto no conduto auditivo, ocorreu a inserção de alimentos, como o grão de feijão.

A intoxicação por produto químico (querosene), mordedura de cão e queimadura de 2º grau somam cada um 6%.

Tabela 11 – Tipos de agravos externos ocorridos nas crianças

TIPO DE AGRAVO EXTERNO	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Corpo estranho	5	31%
Intoxicação por produto químico	1	6%
Mordedura de cão	1	6%
Queda	8	50%
Queimadura de 2º grau	1	6%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

Diante da diversidade de agravos externos encontrados nas crianças do presente estudo, fez-se necessário referenciar as mesmas conforme os autores abaixo.

As quedas são apontadas como o tipo de agravo externo mais frequente na infância, atingindo praticamente todas as faixas etárias devido às características de desenvolvimento da criança, imaturidade, curiosidade e falta de coordenação motora. É importante ressaltar que este evento está, provavelmente, relacionado às atividades que a criança desenvolve, destacando-se os jogos, bicicleta, patins e outros (XAVIER GOMES et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014; MALTA et al., 2014).

A introdução de corpo estranho em orifício natural, sua ingestão ou inalação é discutida e mencionada por diversos autores, pois é um acidente que ocorre com frequência na população infantil, principalmente, em lactentes e menores de um ano. Constitui-se de um acidente, possivelmente fatal, podendo causar, muitas vezes, obstrução das vias respiratórias. Qualquer objeto ou material pode-se tornar um corpo estranho e o engasgo é a maior suspeita de que o acidente ocorreu (MARTINS; ANDRADE, 2008; XAVIER GOMES et al., 2013).

As queimaduras são acidentes frequentes em crianças, principalmente, ao puxarem para si os recipientes com líquidos quentes. Este acidente ocorre predominantemente na cozinha, no âmbito domiciliar. As queimaduras de segundo grau caracterizam-se pela formação de bolhas e perda de camadas superficiais da pele, sendo uma lesão dolorosa e frágil ao toque (MALTA et al., 2012; ALMEIDA et al., 2013; XAVIER GOMES et al., 2013).

As intoxicações ocorrem, principalmente, em crianças pequenas, devido à curiosidade delas em procurar descobrir o ambiente e levar substâncias até à boca. Os medicamentos e produtos de limpeza são as principais substâncias que causam a intoxicação, principalmente em crianças de até cinco anos. A grande maioria dos casos ocorre no âmbito domiciliar, já que nele existem produtos químicos (PAES, GASPAR, 2005; TAVARES et al., 2013; XAVIER GOMES et al., 2013).

A mordedura de animais é um acidente comum que acomete, com maior frequência, as crianças gerando lesões de maior gravidade, pois comumente envolvem região de nariz, orelhas, bochechas e lábios. A grande maioria dos agravos envolve mordedura de cães, seguidos dos gatos e seres humanos (PORTO et al., 2013).

5.3.2 Local do agravo

Por diversas vezes, imaginamos que os agravos externos ocorrem com maior frequência longe de casa, entretanto, este estudo demonstra que 10 incidentes (63%) aconteceram na própria residência. Este resultado é compatível com as considerações realizadas por muitos autores.

Tabela 12 – Locais de ocorrência dos agravos externos

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO AGRAVO EXTERNO	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Residência	10	63%
Escola	3	19%
Rua	3	19%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

O ambiente doméstico é o principal local de ocorrência de acidentes, pois as crianças passam o maior tempo no lar e existem fatores ambientais que oferecem riscos para elas, tais como: tapetes soltos, pisos molhados, móveis com quinas, vidros, janelas sem proteção, berços sem proteção, camas elevadas, brinquedos espalhados, brinquedos, peças pequenas que podem ser introduzidas em orifícios como corpo estranho, objetos pérfuro-cortantes, fogão, medicamentos, produtos de limpeza mal armazenados e animais domésticos (PAES; GASPAR, 2005; MALTA et al., 2012).

5.3.3 Presença ou ausência no momento do agravo

A presença de um adulto no mesmo ambiente da criança não a deixa intimidada, pois a mesma testa, por inúmeras vezes, os seus limites de forma incansável. Verificou-se que, no momento do agravo externo, 6 crianças (38%) estavam acompanhadas por adultos, 4 (25%) estavam com outras crianças e 6 (38%) estavam sozinhas. Esses resultados mostram que a presença do adulto com a criança, não garante a segurança das mesmas.

Tabela 13 – Situação da criança no momento do agravo externo

SITUAÇÃO DA CRIANÇA NO MOMENTO DO AGRAVO	FREQUÊNCIA (N)	PORCENTAGEM (%)
Acompanhada por adultos	6	38%
Acompanhada por outras crianças	4	25%
Sozinhas	6	38%

Fonte: Pesquisa realizada através de entrevista com os pais dos internados.

A presença do adulto não impede que o acidente ocorra, possivelmente por desconhecer a forma de evitá-lo ou por não estar realizando uma supervisão direta e eficaz. Realizar uma supervisão rigorosa poderá contribuir para a diminuição dos acidentes na infância (FILÓCOMO et al., 2002).

As literaturas comprovam que as causas externas não ocorrem por acaso, mas sim, pela falta de supervisão direta e desconhecimento dos fatores de risco. Em virtude disto, os pais foram questionados se o incidente poderia ter sido evitado, e conforme relatado pelos mesmos, em 100% dos casos os pais relatam que o agravo poderia ser evitado, tendo maior atenção e ensinando os perigos que algumas brincadeiras ou situações podem acarretar.

5.4 Percepções dos pais

Observando o aspecto qualitativo do estudo, os pais foram questionados sobre seus sentimentos perante o incidente com seus filhos a expressão de impotência, tristeza, culpa e falhas estão presentes em muitos relatos. Dentre estes, pode-se comprovar pelos seguintes trechos:

“Eu me sinto muito mal, porque foi por culpa minha. Mas ao mesmo tempo foi um acidente né, eu não fiz de propósito. Foi sem querer. Mas eu me sinto mal, porque não queria que ela tivesse machucada. Se eu pudesse trocar de lugar com ela eu trocava. Mas eu não posso, então serve pra que eu cuide mais ainda e preste mais atenção”. (Mãe da criança com 8 anos que sofreu queimadura de 2º grau).

“Se sentimos bem culpados. De certa forma constrangidos e bem chateados. É uma coisa que não precisava ter acontecido. Foi falta de atenção mesmo, se tivesse mais cuidado não teria acontecido”. (Pais da criança com 35 dias de vida que sofreu queda do bebê conforto).

“Me sinto bem triste, porque eu falhei. Eu poderia ter evitado tudo isso”. (Mãe da criança com 5 anos que introduziu um corpo estranho na narina).

“Ontem no momento me deu um desespero, me senti impotente, desesperada. Pensava que isso poderia ter sido evitado. Levei um susto grande”. (Mãe da criança com 8 anos que sofreu queda da própria altura).

Independente da forma como o acidente ocorreu ou de quem está envolvido, os sentimentos de culpa, medo, desespero são os mais expostos e expressados pelas famílias, pois ninguém está preparado para encarar essas situações e também não conseguem imaginar que possa ocorrer consigo (PEREIRA, GARCIA, 2009).

5.7 Consequências dos agravos externos para as crianças

As consequências psicológicas são evidenciadas tanto nas crianças como em seus familiares, pois a hospitalização gera um sofrimento para ambos. O impacto psicológico ocorre de forma intensificada nas crianças, já que elas têm dificuldades para assimilar o processo de internação hospitalar.

O ambiente hospitalar pode ser estressante e interferir no estado psicológico da criança. Ela pode apresentar durante a internação hospitalar sinais de sofrimento psíquico, através de palavras, do comportamento e reações emocionais diferentes do habitual (SANCHEZ, EBELING, 2011).

Além das consequências psicológicas, pontuamos que as sequelas físicas fizeram-se presentes em todos os agravos sofridos, apresentando diferentes níveis de intensidade. Lesão cutânea de grande extensão torácica por queimadura de 2º grau, hemorragia intracraniana constatada mediante tomografia, escoriações pelo corpo, hematomas, fraturas, ferimentos, perda de dentes e sutura de grande extensão (50 pontos) são sequelas causadas pelos agravos externos nas crianças do estudo.

Os acidentes, nas últimas décadas, são um dos maiores problemas de saúde pública em qualquer parte do mundo e reproduzem a maior causa de perda de anos de vida produtiva. Resultam em grande procura pelos serviços de saúde e ocupação dos leitos hospitalares, além de acarretarem sequelas físicas graves e muitas vezes permanentes (HARADA et al., 2000).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o perfil das crianças do estudo, conclui-se que os agravos externos ocorreram com maior predomínio entre a faixa etária dos 8 a 12 anos de idade, residentes da zona sul, frequentadores de instituições de educação (creche, escolinha ou escola), o qual os pais são responsáveis pelo cuidado. Ressalta-se que neste estudo, não houve diferença no quantitativo entre o sexo masculino e feminino.

Desta forma, percebemos que as crianças nas áreas de periferia que possuem maior liberdade perante aos pais, conseqüentemente estão mais expostas aos riscos de serem acometidas por agravos externos, pelo fato de estarem por períodos maiores sem supervisão direta.

Referente ao perfil das famílias houve maior predomínio em pais com situação conjugal de casados e/ou união estável, grau de escolaridade em ensino fundamental incompleto, em média 2 filhos por família e que trabalham fora da residência. Quanto ao trabalho dos pais aos finais de semana, obteve-se igualdade no percentual de respostas. Referente ao consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, percebemos que não houve respostas que indicassem o consumo destes, entretanto, este pode ser um dado subjetivo.

Ao caracterizar os agravos externos sofridos pelos sujeitos do presente estudo, aponta-se que as quedas foram a principal injúria acometida, tendo a residência como cenário central e as crianças estavam acompanhadas no momento do agravo por intermédio de um adulto ou outras crianças.

Em relação à percepção dos pais frente aos agravos externos sofridos por seus filhos, fica evidente que todos poderiam ter sido evitados, através do cuidado e atenção redobrada, educando-os sobre as situações perigosas do cotidiano. De fato, a falta de informação, os descuidos e as negligências dos pais vêm a ser um fator significativo, que permite a exposição das crianças aos acidentes.

A nós enfermeiros, cabe o papel fundamental como educadores em saúde, proporcionando uma assistência ampla, completa e qualificada, de forma a agregar e complementar os conhecimentos das famílias. Esta assistência deve estar embasada em conhecimentos científicos, para assim abordar os fatores de riscos e ações que envolvem os agravos externos na infância.

É notório que a educação em saúde necessita, também, do apoio preventivo da Saúde Pública, da Educação, do Conselho Tutelar, das Assistentes Sociais, das Políticas de Atenção e do Trabalho em Rede, já que as crianças possuem extrema vulnerabilidade em relação ao ambiente, englobando medidas de melhoria a sua saúde e seu desenvolvimento.

O presente estudo favoreceu-nos para reflexões e conhecimentos, decorrentes da magnitude dos agravos externos ocorridos, das sequelas psicológicas e físicas enfrentadas pelas crianças e famílias, bem como no impacto econômico que os mesmos significam para a economia dos países de uma forma geral.

O tema escolhido foi de muita importância, pois auxiliou-nos na compreensão dos processos e fatores que envolvem as causas externas na infância. Diante deste contexto, conseguiram-se atingir os objetivos delineados para o estudo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Waldir Ferreira. *O Estatuto da Criança e do Adolescente e as Políticas Públicas de Atendimento aos Meninos e Meninas de Rua do estado Neoliberal Brasileiro*. Dissertação de mestrado, Centro de Educação - UFPA, 2002.

ALBUQUERQUE, N. M. G. et al. Causas externas: características de crianças e adolescentes assistidas em um hospital do Rio Grande do Norte. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 16, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2014.

ALMEIDA, J. LIMA, M. SILVA, R. *Acidentes Domésticos da Infância*. 2013. 55 f. Dissertação (Escola Superior de Saúde, Licenciatura em Enfermagem) – Mindelo, 2013.

ARIÉS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEM, M.A.M. et al. Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2008.

BEZERRA, M. A. R. et al. Acidentes Domésticos em Crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de saúde. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 776-84, out./dez. 2014.

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *Jornal de pediatria*, 2005.

BOTELHO, Carlos Augusto de Oliveira. *Prevalência dos agravos externos no programa de proteção a gestante do estado de mato grosso do sul de 2004 a 2007*. 2008. 96 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUENO, A.L.M.; LOPES, M.J.A. Morbidade por causas externas em uma região do Município de Porto Alegre/RS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.7, n.3, p.279-287, 2008.

CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; SILVA, J.B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2003.

EDUARDO, L.P.; EGRY, E.Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 44, n. 1, p. 18-24, 2010.

DATA SUS. Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm>. Acesso em: 07 out. 2015.

DIAS, M.P. et al. Identificação dos fatores de risco para acidentes na primeira infância no contexto creche. Rev. APS. 2013.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 41-47, jan./fev. 2002.

FONSECA, S.S. et al. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. Jornal de pediatria, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONSAGA, R. A. T. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. Rev. Col. Bras. Cir. v. 39, n. 4, p. 263-267, 2012.

HARADA, M.J.C.S. et al. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. F Med (Br), v. 119, n. 4, p. 43-47, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

IMPERATORI, G.; LOPES, M. J. M. Estratégias de Intervenção na Morbidade por Causas Externas: como atuam agentes comunitários de saúde? Rev. Saúde Soc., São Paulo, v.18, n.1, p.83-94, 2009.

JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas Externas: O que são, como afetam o setor da saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção. Revista Saúde, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 37-47, 2007.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed., rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

MACEDO, L. R. et al. Acidentes por causas externas em crianças e adolescentes do Espírito Santo, Brasil. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 13, n. 4, p.41-47, 2011.

MALTA, D.C. et al. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n.9, pp. 2247, 2012.

MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

- MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 3, p. 344-348, 2006.
- MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. *Rev. Bras. Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, jun. 2005.
- MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 43-53, jan./mar. 2012.
- MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 82-93, dez. 2013.
- MATTOS, I.E. Morbidade por Causas Externas em Crianças de 0 a 12 anos: uma Análise de Registros de Atendimentos de um Hospital do Rio de Janeiro. *Informe Epidemiológico do Sus*, v. 10, n. 4, p. 189-198, 2001.
- NETA, A.P.R. et al. Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças menores de dez anos. *SANARE*, Sobral., v. 13, n.1, 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria Nº 737, 2011. DOU Nº 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01.
- MOLINA, R. C. M. et al. Caracterização das internações em uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, de um Hospital-Escola da Região Sul do Brasil. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n.1, p. 112-120, 2008.
- MONTEIRO, C.F.S. et al. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 61, n. 4, p.459-463, 2008.
- MORAES, M.C.L.; SILVA, E.B.C. Estudo sobre os acidentes na infância em duas creches públicas do município de São Paulo. *Rev. ARETÉ*, Manaus, v.7, n.14, p.124-134, jul-dez, 2014.
- MULLER, F. B.; WEIGELT, L. D. Família com criança vítima de agravos por causas externas. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 24-28, mai.ago. 2005.
- OLIVEIRA, B.R.G. et al. A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. *REME Rev. Min. Enferm.*, v. 12, n. 4, p. 547-556, 2008.

PASSOS, Daniele de Almeida. *O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância*. 2014. 23 f. Dissertação (Enfermagem Bacharelado Faculdade de Ciências e Tecnologias Sena Aires) – Valparaíso de Goiás, GO, 2014.

PAES, C.E.N.; GASPAR, V.L.V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *Jornal de Pediatria* - Vol. 81, Nº5 (Supl.), 2005.

PEREIRA, S.F.A.; GARCIA, C.A. Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Rev Enfermagem*, 2009.

PHEBO, L.; MOURA, A.T.M.S. *Violência urbana: um desafio para o pediatra*. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 5, p. 189-196, 2005.

PRIORE, M.D. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2004.

POLIT-O'HARA, D.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANCHEZ, M.L.M.; EBELING, V.L.N. Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. *Rev. SBPH vol.14 no.1*, Rio de Janeiro - Jan/Jun. – 2011.

SANTOS, M. L. C.; MORAES, G. A.; VASCONCELLOS, M. G. L.; ARAÚJO, E. C. Sentimentos de Pais Diante do Nascimento de um Recém-Nascido Prematuro. *Revista Enfermagem UFPE on line*. Pernambuco, p. 111-120. 2007.

SENA, S.P.; RICAS, J.R.; VIANA, M.R.A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental, Belo Horizonte. *Rev Med Minas Gerais*, 2008.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-93, out./dez. 2005.

SILVA, M.A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: Gaíva MAM. *Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as)*. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, p. 9-28, 2006.

XAVIER-GOMES, L. M. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *Revista o mundo da saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Brasília, DF, 2011.

WAKSMAN, R.D.; BLANK, D. Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. *Residência Pediátrica*, 2014.

WHO. *World report on child injury prevention*. World Health Organization - WHO. Genebra, 2008.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: **“AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES CAUSADAS POR AGRAVOS EXTERNOS NA INFÂNCIA: UMA REALIDADE EM SANTA CRUZ DO SUL”**.

A presente pesquisa tem por objetivo geral investigar as internações causadas por agravos externos na infância na unidade pediátrica de um hospital de médio porte de Santa Cruz do Sul, interior do Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, sendo que a coleta de dados será realizada com os pais ou responsáveis pela criança internada por agravo externo na instituição hospitalar durante o primeiro semestre de 2016, através de uma entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas que serão gravadas e transcritas posteriormente.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, serão realizadas pela pesquisadora responsável entrevistas que acontecerão no próprio ambiente de internação da criança (leito/quarto), para assim deixá-los confortáveis. A pesquisadora certifica-se de que a realização das entrevistas não implicará em danos ou prejuízos à integridade física e moral dos sujeitos pesquisados.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga algum prejuízo;

- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- De que os gastos adicionais estão previstos no orçamento e serão absorvidos pelo mesmo.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é: M^º. Enf^a. Prof^a. **Micila Pires Chielle**: Fone (51) 9739-7790. Pesquisador de Campo: Acadêmica de Enfermagem **Nathanna Butzker da Rosa**: Fone (51) 9812-1274.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717-7680.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 2016.

Entrevistado

Nathanna Butzker da Rosa

APÊNDICE B – Roteiro Norteador para Coleta de Dados no Prontuário**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Idade:

Sexo:

Endereço (Bairro e Município):

Diagnóstico:

Tipo de agravo externo ocorrido:

- () Abandono O que aconteceu? _____
- () Abuso sexual O que aconteceu? _____
- () Acidente O que aconteceu? _____
- () Agressão O que aconteceu? _____
- () Maus tratos O que aconteceu? _____
- () Violência O que aconteceu? _____

APÊNDICE C – Roteiro Norteador para Coleta de Dados das Entrevistas

- 1) Situação conjugal dos pais?
- 2) Escolaridade dos pais?
- 3) Número de filhos?
- 4) A mãe trabalha? Trabalha final de semana?
- 5) O pai trabalha? Trabalha final de semana?
- 6) Há consumo de bebida alcoólica? Com qual frequência?
- 7) Há consumo de drogas? Com qual frequência?
- 8) Quem cuida da criança?
- 9) Qual a rotina da criança (creche, escolinha)?
- 10) A que você atribui este acontecimento?
- 11) Você(s) poderia/poderiam falar sobre o que aconteceu?
- 12) Como e onde ocorreu o agravo?
- 13) A criança estava acompanhada no momento do agravo? Por quem?
- 14) Você acha que esta situação poderia ter sido evitada? Sim? Como? – Não? Porque?
- 15) Como você(s) se sente/sentem diante desta situação?

ANEXO A – Carta de aceite da instituição



Santa Cruz do Sul, 16 de dezembro de 2015

Prezados Senhores

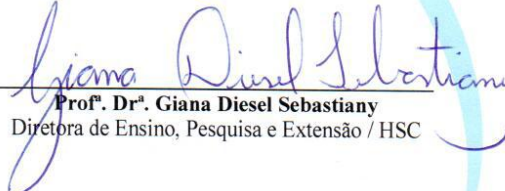
Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “**AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES CAUSADAS POR AGRAVOS EXTERNOS NA INFÂNCIA: UMA REALIDADE EM SANTA CRUZ DO SUL**”, desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem – UNISC, **Nathanna Butzker da Rosa** sob supervisão da **Me. Enf.ª Prof.ª Micila Pires Chielle**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,


Lis Spat
Enf.ª Coordenadora
Materno Infantil
COREN 69345

Enf.ª Lis Regina Spat
Coordenadora da Ala Materno Infantil / HSC


Prof.ª Dr.ª Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abott, 174 - 96.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@unisc.br